



TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Instituto de Farmacologia e Neurociências

Cuidados Coordenados na Abordagem às Vítimas de Crimes Sexuais

Catarina de Jesus Nunes Mansos

Julho'17

TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Instituto de Farmacologia e Neurociências

Cuidados Coordenados na Abordagem às Vítimas de Crimes Sexuais

Catarina de Jesus Nunes Mansos

Orientado por:

Dra. Cátia Viana

Julho'17

RESUMO

A violência sexual é um evento traumático de vida, do qual pode resultar uma série de consequências para a vítima, a nível físico e reprodutor, bem como a nível mental. No entanto, as consequências traumáticas do abuso sexual estendem-se muito para além do evento em si, advindo também das interações que as vítimas têm com os vários serviços a que recorrem na procura de auxílio. Existem vários modelos de provisionamento destes serviços, nomeadamente os não-coordenados, nos quais os serviços são oferecidos de forma separada e em diferentes localizações, e os coordenados, que permitem o apoio às vítimas nas suas várias vertentes num único local, bem como a referenciação entre serviços. Este último modelo de cuidados surgiu nos anos 70 nos Estados Unidos da América e é já adotado em diversos outros países como Canadá, Austrália, Reino Unido, Holanda, Países Nórdicos e Malásia, existindo sob a forma de equipas multidisciplinares que são mobilizadas para um único local, geralmente o Serviço de Urgência Hospitalar, ou sob a forma de Centros Especializados aonde as vítimas se podem deslocar. Neste trabalho analisámos estes dois tipos de modelos e concluímos que os cuidados coordenados oferecem serviços mais compreensivos para as vítimas, diminuindo a vitimização secundária, e oferecem também benefício para os profissionais que as assistem, ao melhorar a comunicação e a compreensão entre os serviços. Em Portugal, apesar de existir legislação referente à celebração de vários protocolos entre diversos serviços de apoio à vítima, os cuidados que lhe são prestados são ainda não-coordenados. Torna-se assim imperativa a criação de centros coordenados especializados, de acordo com as recomendações do Conselho da Europa.

Palavras- chave: "abuso sexual", "violência sexual", "crime sexual", "centro de crise" e "cuidados coordenados"

ABSTRACT

Sexual violence is a traumatic life event that can result in a number of consequences for the victim, both physical and reproductive, as well as mental. However, the traumatic consequences of sexual abuse extend far beyond the event itself, also arising from the interactions that victims have with the various services they seek for help. There are a number of provisioning models for these services, including uncoordinated services, where services to the victims are offered separately and in different locations, and coordinated services, that offer all the care that the victims require in a single location, offering referrals to other services as well. The latter model of care emerged in the 1970s in the United States of America and has already been adopted in a number of other countries, including Canada, Australia, the United Kingdom, the Netherlands, Nordic countries and Malaysia, in the form of multidisciplinary teams that are mobilized in a single place, usually the Hospital Emergency Service, or in the form of Specialized Centers. In this paper, we analyzed these two types of models and concluded that coordinated care offers more comprehensive services to victims, minimizing secondary victimization, also improving communication and understanding between services. In Portugal, despite the existence of legislation regarding the celebration of several protocols between victim support services, the care provided to sexual assault victims is still uncoordinated. It is therefore imperative to create specialized coordinated centres, which is in line with the recommendations of the Council of Europe.

Key words: "sexual abuse", "sexual violence", "sexual assault", "sexual assault centre" "coordinated care"

Índice

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. OBJETIVOS	11
3. METODOLOGIA.....	11
4. A REALIDADE PORTUGUESA	11
4.1 ENQUADRAMENTO LEGAL EM PORTUGAL	12
5. CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA SEXUAL E VITIMIZAÇÃO SECUNDÁRIA	13
6. CUIDADOS ÀS VÍTIMAS	14
6.1.OS CUIDADOS NÃO COORDENADOS	15
6.1.1. Em Portugal	15
6.2.OS CUIDADOS COORDENADOS	17
6.2.1. SART (<i>Sexual Assault Response Teams</i>) – Estados Unidos da América (EUA)	18
6.2.2. SARC (<i>Sexual Assault Referral Centres</i>) – Reino Unido, Países Nórdicos, Holanda, Canadá, EUA, Austrália, Malásia)	19
7. CONCLUSÃO.....	21
8. AGRADECIMENTOS	22
9. BIBLIOGRAFIA	23

1. INTRODUÇÃO

A organização Mundial de Saúde (OMS) define violência sexual como sendo “qualquer ato sexual, tentativa de realização de ato sexual, comentário ou avanço sexual indesejado, tráfico ou outro qualquer ato direcionado contra a sexualidade de uma pessoa usando coerção, praticados por qualquer pessoa, independentemente da sua relação com a vítima, em qualquer cenário, incluindo, mas não limitado, à casa e ao trabalho”^{1,2}. Assim, a violência sexual é um termo alargado que inclui uma série de interações de natureza sexual não consentida, ou nas quais a vítima foi convencida a se envolver por intermédio da manipulação, ou ainda porque a vítima se encontrava incapacitada ou incapaz de fornecer o seu livre consentimento. Neste conceito estão incluídos o contacto sexual indesejado, como toque, carícias e beijos forçados; comportamentos sexualmente abusivos que não impliquem o contato físico direto entre a vítima e o agressor, tais como ser exposto a material de natureza pornográfica ou ser obrigado a ouvir comentários de caráter sexual que causem desconforto; ser coagido a adotar uma conduta sexual indesejada, por intermédio de estratégias de manipulação; e a violação, que se define como a penetração fisicamente forçada ou coagida, por intermédio da força, ameaça, intimidação ou pelo abuso da autoridade, da vagina, boca ou ânus, ou a penetração não consentida da vagina ou ânus por outras partes do corpo ou objetos. A tentativa destes atos, mesmo que não consumada, também é uma forma de violência sexual. Também o casamento forçado, a negação do direito à contraceção, a esterilização, aborto ou gravidez forçados, a mutilação genital feminina, a obrigação de realização de “testes de virgindade”, a prostituição forçada, e o tráfico e escravatura sexual, são outras formas de violência sexual referidas pela OMS^{1,3}.

Algumas populações têm risco acrescido de sofrer violência sexual, tais como pessoas de idades jovens, pessoas com deficiência física e mental, lésbicas, gays, bissexuais, pessoas transgênero e intersexuais, pessoas com historial de consumo de substâncias, pessoas que já tenham sofrido abuso sexual previamente, pessoas com multiplicidade de parceiros sexuais, pessoas com envolvimento em prostituição e pobreza^{1,4,5}.

Estima-se que cerca de 35,6% das mulheres em todo o mundo foi vítima de algum tipo de violência sexual e que cerca de 3% dos homens foi vítima de violação^{6,7}. Nas crianças, a prevalência de abuso infantil é de <10% nas crianças do sexo masculino e entre 10-20% nas do sexo feminino⁸.

Estima-se ainda que cerca de 25,4% das mulheres na Europa tenha sido vítima de violência física e sexual nas relações de intimidade; e que 5,2% tenha sido vítima de violência sexual perpetrada por não parceiros⁶.

Relativamente aos agressores, na maioria dos casos estes são conhecidos e próximos da vítima (50 a 70% dos casos) e a maioria, em mais de 85% dos casos, são do sexo masculino⁹.

A violência sexual muitas vezes não ocorre de forma isolada, havendo frequentemente uma sobreposição com outros tipos de violência, como violência emocional e física, que decorrem muitas vezes em ambiente familiar e de forma recorrente^{4,10}.

Ainda assim, ainda persistem na sociedade atual certas crenças estereotipadas acerca da violência sexual, das vítimas e do agressor, os chamados “mitos da violação”, que incluem: as crenças de que é a mulher que se coloca em situações vulneráveis por se vestir ou agir de determinada forma, e por estar sob influência de álcool ou drogas ilícitas; que a violação ocorre em “becos escuros” e que implica a existência de uma grande violência física^{4,5,6,11}.

Deste modo, a maioria das vítimas não apresenta queixa contra o agressor por se sentir envergonhada, constrangida, humilhada, por ter medo da reação dos que lhe são próximos, ou até por ter sido ameaçada pelo agressor caso revele a situação. Muitas das vítimas têm ainda receio de ser desacreditadas pelos profissionais a quem recorrem. Como tal, pensa-se que os números relativos à prevalência da violência sexual sejam superiores aos que são calculados, visto que muitos dos casos de violência sexual não são reportados, principalmente aqueles que envolvem o uso de força não física e de degradação sexual verbal, porque podem não ser percecionados pelas vítimas e pelos agressores como uma ofensa^{4,7,9}.

O abuso sexual surge assim como um problema complexo, de aspetos médicos, psicossociais e legais, que envolve o apoio da vítima por parte de diversas áreas.

2. OBJETIVOS

Os objetivos deste trabalho são:

- Elaborar uma breve revisão da realidade portuguesa no que concerne à temática da violência sexual, incluindo alguns dados estatísticos, o enquadramento legal desta problemática e a abordagem dos serviços às vítimas;
- Elaborar uma revisão daquelas que são consideradas a nível mundial como as melhores práticas na abordagem às vítimas de violência sexual, exemplificando em especial as *Sexual Assault Reference Teams* e os *Sexual Assault Referral Centres*.

3. METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa na base de dados PubMed, de artigos escritos entre 2000 e 2017, em inglês e português, bem como nos *websites* da World Health Organization e da Direção Geral de Saúde. Nesta busca foram usadas as palavras-chave "sexual abuse", "sexual violence", "sexual assault", "sexual assault centre", "sexual assault response teams", "coordinated care", bem como os seus equivalentes em português ("abuso sexual", "violência sexual", "crime sexual", "centro de crise" e "cuidados coordenados"). Foi ainda realizada uma pesquisa manual das referências bibliográficas dos artigos selecionados, e foram ainda pesquisados os *websites* das universidades portuguesas.

A pesquisa foi realizada entre Agosto de 2016 e Maio de 2017. Após leitura dos títulos e de alguns resumos de artigos, selecionaram-se, para leitura integral, aqueles cujo assunto abordado correspondia aos objetivos deste trabalho. Não considerámos os artigos que não serviam os nossos propósitos.

4. A REALIDADE PORTUGUESA

De acordo com o Relatório Nacional de Segurança Interna de 2016, divulgado pelo Sistema de Segurança Interna do Ministério da Administração Interna, baseado em dados da Polícia Judiciária, no que respeita aos crimes de violação, a maioria das vítimas (90,5%) são do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 19-30 anos, e a maioria dos arguidos do sexo masculino (97,3%), no escalão etário dos 21-30 anos. No que respeita a relação entre o autor e a vítima, verifica-se que em 57% dos casos existe uma relação familiar ou de conhecimento entre ambos.

No caso do abuso sexual de crianças, adolescentes e menores dependentes, existe também uma preponderância de vítimas do sexo feminino (81,3%) e de arguidos do sexo masculino (95,7%). A maioria das vítimas (61,1%) tem idades compreendidas entre os 8

e os 13 anos, e a maioria dos arguidos encontra-se no escalão etário dos 31-40 anos. Relativamente à relação entre o autor e a vítima, em cerca de 70% dos casos existe uma relação familiar ou de conhecimento¹².

No que diz respeito à prevalência do abuso sexual em Portugal, Martins (2013), efetuou um estudo composto por 1000 participantes do ensino superior em Portugal e concluiu que 29,3% dos participantes revelou ter sofrido pelo menos um ato sexual não consentido ao longo da vida. Destes, 60% eram do sexo feminino e 40% do sexo masculino. Em cerca de 66% das situações o agressor era conhecido da vítima, sendo que em 56% dos casos tratava-se de alguém bastante próximo e íntimo (namorado/a, ex-namorado/a, amigo/a)¹³.

Também Martins (2012) fez um estudo da prevalência do abuso sexual em menores com 200 participantes portugueses, e estimou uma prevalência de 15,5% na população antes dos 12 anos¹⁴.

4.1. ENQUADRAMENTO LEGAL EM PORTUGAL

No código penal português, a violência sexual está contemplada no Livro II (Parte Especial), Título I (“Dos crimes contra as pessoas”), fazendo parte do Capítulo V- Dos crimes contra a liberdade e a autodeterminação sexual. Contempla dois tipos de crimes (ver Tabela 1): os crimes contra a liberdade sexual (artigos 163º a 170º), que punem comportamentos que atentam contra a liberdade sexual do adulto; e os crimes contra a autodeterminação sexual (artigos 171º-178º), que punem atos que incidam sobre vítimas cuja idade pressupõe uma imaturidade na sua autodeterminação sexual, e que sejam suscetíveis de prejudicar o livre desenvolvimento da sua maturidade e vida sexuais.

Tabela 1- Crimes contra a liberdade e contra a autodeterminação sexual

Crimes contra a liberdade sexual (art.163º-170º)	Crimes contra a autodeterminação sexual (art.171º-178º)
<ul style="list-style-type: none"> • Coação sexual (art. 163º) • Violação (art. 164º) • Abuso sexual de pessoa incapaz de resistência (art.165º) • Abuso sexual de pessoa internada (art.166º) • Fraude sexual (art.167º) • Procriação não consentida (art.168º) • Lenocínio (art.169º) • Importunação sexual (art.170º) 	<ul style="list-style-type: none"> • Abuso sexual de crianças (art.171º) • Abuso sexual de menores dependentes (art.172º) • Atos sexuais com adolescentes (art.173º) • Recurso à prostituição de menores (art.174º) • Lenocínio de menores (art.175º) • Pornografia de menores (art.176º) • Agraviação (art.177º) • Queixa (art.178º)

Estes crimes podem sofrer agravamento das penas nos seus limites mínimo e máximo. Este pode ser de um terço nalguns crimes de acordo com relação de parentesco, se a vítima for menor de 16 anos, e se o agente for portador de doença sexualmente transmissível; e pode ser de metade se a vítima for menor de 14 anos e se do crime resultar gravidez, ofensa à integridade física grave, transmissão de agente patogénico que crie perigo para a vida, suicídio ou morte da vítima¹⁵.

Dos crimes contra a liberdade enquadram-se como crimes públicos os crimes de abuso sexual de pessoa internada (art. 166º) e o crime de lenocínio (art. 169º). Dos crimes contra a auto-determinação sexual (art. 171º-176º), todos os crimes exceto os atos sexuais com adolescentes (art. 173º) são crimes públicos. Um crime público é “um crime para cujo procedimento basta a sua notícia pelas autoridades judiciárias ou policiais, bem como a denúncia facultativa de qualquer pessoa, sendo que as entidades policiais e os funcionários públicos são obrigados a denunciar os crimes dos quais tenham conhecimento no exercício das suas funções. Assim, nos crimes públicos, o processo corre mesmo contra a vontade da vítima¹⁶.

5. CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA SEXUAL E VITIMIZAÇÃO SECUNDÁRIA

O abuso sexual é um evento traumático de vida. Segundo a OMS a violação e a violência doméstica são responsáveis por 5-16% de perda de anos de vida saudáveis nas mulheres¹⁷. Da violência sexual podem resultar uma série de consequências para a vítima a nível físico, como lesões traumáticas, e ainda problemas sexuais e reprodutores, que incluem gravidez indesejada, infeções sexualmente transmissíveis e perturbações da função sexual, e ainda a nível mental, como perturbação pós-traumática do *stress* (PPTS), ansiedade, depressão, pensamentos suicidas e tentativas de suicídio e abuso de álcool e substâncias^{4,18}. De facto, estima-se que um terço das vítimas de violação desenvolve PPTS, sendo a sua prevalência de 11%; as vítimas de violação têm ainda três vezes mais probabilidade de desenvolver uma doença depressiva major, e cerca de 30% sofrem de depressão grave; têm treze vezes maior risco de suicídio; têm vinte e seis vezes maior risco de abuso de duas ou mais substâncias¹⁷.

Estas sequelas devem-se maioritariamente ao trauma do abuso sexual em si, no entanto, este estende-se muito para além do evento em si e a resposta da sociedade a este crime também pode afetar o bem-estar da vítima¹⁷.

As vítimas de violência sexual têm múltiplas necessidades após o evento e podem pedir o apoio de vários sistemas formais: cerca de 26-40% das vítimas fazem queixa à polícia; 27-40% procuram apoio médico e forense e 16-60% procuram o apoio de serviços mentais. As interações que a vítima tem com os diferentes serviços que procura após o abuso afetam também o seu bem-estar, e as experiências negativas que obtém nestes serviços constituem então a vitimização secundária¹⁹.

A vitimização secundária pode provir de 3 fontes: a aceitação dos mitos da violação, culpabilizando-se a vítima pelo abuso; a falta de assistência por parte dos serviços (por exemplo, no sistema legal, ao tentar dissuadir-se a vítima de apresentar queixa, e nos serviços médicos, ao não se informar a vítima sobre infeções sexualmente transmissíveis, gravidez, efeitos do abuso sexual); e, por último, mesmo que a ajuda seja oferecida, esta pode criar *stress* na vítima num momento de vulnerabilidade - como é o caso da intrusão do exame objetivo para colheita de evidência forense, e o ato de ter que recontar a história do acontecimento múltiplas vezes durante o decorrer do processo criminal¹⁹.

Algumas das medidas de prevenção aceites para diminuir a vitimização secundária incluem aumentar o envolvimento das vítimas nos serviços adequados, aumentando a publicidade aos mesmos; a melhoria do treino para todos os profissionais; e desenvolvimento de um sistema coordenado multisserviços¹⁹.

6. CUIDADOS ÀS VÍTIMAS

As mulheres que sofreram violência sexual têm três necessidades principais: tratamento médico para tratar lesões traumáticas, prevenir a gravidez indesejada, e prevenir, diagnosticar ou tratar infeções sexualmente transmissíveis; tratamento psicossocial que as ajude a lidar com o trauma decorrente do acontecimento e assistência que assegure a sua segurança e proteção, e o apoio do sistema de justiça criminal através da investigação do caso, que inclui a colheita da evidência forense, acusação e punição do agressor. Estas necessidades requerem a colaboração de diferentes serviços, incluindo os serviços de saúde, serviços psicossociais, serviços forenses, a polícia e os tribunais²⁰. Existem vários modelos de provisionamento destes serviços, e neste trabalho iremos falar de dois: os não-coordenados, que são ainda os cuidados aplicados em Portugal, e os coordenados, que são considerados mundialmente como boas práticas¹⁸.

6.1. OS CUIDADOS NÃO-COORDENADOS

Os cuidados não-coordenados referem-se aos vários serviços de que a vítima necessita, e que são oferecidos de forma separada e em diferentes localizações, como parte do processo geral. Incluem os serviços de urgência, serviços médico-legais, serviços sociais e psiquiátricos, a polícia e os tribunais. Apesar destes serviços poderem referenciar as vítimas entre si, como se encontram em locais distintos, os exames médicos e forense são realizados separadamente e há um fraco grau de ligação entre os mesmos ^{4, 20,21}.

Nos sistemas não coordenados, as vítimas necessitam de procurar, ativa e vigiamente os serviços de que necessitam. Assim, em vez de recorrerem aos serviços apenas uma vez, precisam de identificar todos os recursos e de procurar auxílio múltiplas vezes em cada sistema individualmente. Para além disto, existem frequentemente problemas de má comunicação entre os serviços que assistem as vítimas de violência sexual. Os representantes de cada sistema podem estar bem conectados ao seu próprio sistema mas raramente o estão entre sistemas. Assim, surgem muitas dúvidas acerca da responsabilidade de cada serviço, perdendo-se ainda oportunidades dos vários intermediários se conhecerem, aprenderem entre si, e se apoiarem^{22,23}. Tudo isto resulta em respostas conflituosas e fragmentadas dos serviços, que muitas vezes estão em oposição entre si, o que leva a que muitas vítimas desistam do processo antes de obterem a assistência desejada, o que pode contribuir para a baixa taxa de vítimas que procuram ajuda e apresentam queixa²⁴.

Assim, alguns dos problemas associados aos serviços não-coordenados prendem-se com:

- Baixas taxas de queixa e acusação;
- Baixas taxas de utilização dos serviços por parte das vítimas;
- Incapacidade de providenciar serviços médicos compreensivos para as vítimas, e nalguns casos, tratamento médico insuficiente;
- Interações com consequências negativas para as vítimas, que não têm em conta os seus interesses e necessidades e agravam o seu sofrimento (vitimização secundária) ^{24,25, 26}.

6.1.1. Em Portugal

Em Portugal existem diversas entidades intervenientes na violência sexual, nomeadamente, os Serviços de Saúde; os Serviços Médico-Legais; os Serviços de Apoio psicossocial; as Entidades de Promoção e Proteção de Crianças; o Sistema Judiciário; e Organizações Não Governamentais de defesa dos direitos humanos. Todos estes serviços

têm a capacidade de providenciar os cuidados específicos às vítimas dentro da área de atuação de cada um. No entanto, não existe ainda um sistema que permita uma abordagem holística à vítima, englobando todos os serviços de que esta necessita.

Ainda assim, existem diversos protocolos de atuação celebrados entre diversas entidades, como é o caso do documento “Violência Interpessoal- Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde”, elaborado em 2014 pela Direção Geral de Saúde no âmbito da Ação da Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida, criada pelo Despacho nº6378/2013 de 16 de maio. Este documento trata, entre outros, da abordagem às vítimas de violência sexual, estabelecendo um protocolo de atuação caso estas vítimas se dirijam aos Serviços de Saúde. Assim, este protocolo determina que, caso a agressão tenha ocorrido há menos de 72h, e se a vítima pretender fazer queixa, caso seja adulta, deve-se encaminhar para exame pericial no gabinete ou delegação do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses (INMLCF), dentro do horário normal de funcionamento, ou pelo perito escalado que se deslocará às unidades de saúde da área da Delegação fora do horário de funcionamento. Caso a agressão tenha ocorrido há mais de 72h, a avaliação clínica não é urgente e o exame pericial deve ser marcado posteriormente, na delegação ou gabinete médico médico-legal do INMLCF da área de residência da vítima a ¹.

A vítima poderá apresentar a queixa-crime no INMLCF, na Guarda Nacional Republica (GNR), na Polícia de Segurança Pública (PSP), na Polícia Judiciária (PJ) ou diretamente no Ministério Público¹.

Se a vítima for menor, este processo decorre independentemente da sua queixa, sendo obrigatória a denúncia por parte dos profissionais e a articulação com o Núcleo de Crianças e Jovens em Risco¹.

O Conselho da Europa definiu, em 2008 ²⁷, como um dos serviços mínimos para o apoio a vítimas de violência sexual, a existência de um Centro de Violência Sexual por cada 400.000 mulheres, para facilitar a revelação de crimes sexuais recentes e assegurar a oferta de serviços médicos adequados bem como a colheita de evidência forense de alta qualidade. Em 2011, ao ratificar a Convenção de Istambul, pelo artigo nº25, Portugal ficou obrigado a provisionar estes serviços²⁸.

Recentemente, em Novembro de 2016, foi divulgada a notícia da abertura em 2017 de um Centro de Crise em Lisboa. No entanto, até à data, é desconhecido o início do seu funcionamento, bem como as várias áreas intervenientes²⁹.

6.2. OS CUIDADOS COORDENADOS

Os cuidados coordenados surgiram por volta de 1970 nos Estados Unidos da América por forma a diminuir o impacto no acesso aos diferentes serviços, e com o objetivo de não só organizar os cuidados no mesmo sítio, mas também criar uma compreensão mútua entre os vários profissionais acerca do contexto multidimensional de cuidados às vítimas. Desde esta altura até ao presente, estes serviços têm-se difundido por vários países em todo o Mundo. Estes cuidados interligam as várias respostas num único local, normalmente num contexto hospitalar, e são constituídos por uma equipa multidisciplinar que trabalha em conjunto com o objetivo de oferecer serviços especializados e centrados na vítima. Normalmente, as vítimas podem ter acesso a estes serviços fazendo queixa à polícia, deslocando-se aos serviços médicos, ou por autorreferenciação. Neste modelo de cuidados, o exame (médico e forense) é realizado uma única vez. Para além da coordenação num único local, a coordenação pode envolver métodos de colaboração e de referenciação entre serviços ^{4,20,21,22}.

Assim, a coordenação surge como um componente essencial das boas práticas na resposta à violência sexual. Todos os diferentes serviços devem trabalhar em conjunto para uma compreensão mútua do problema da violação e desenvolver e implementar políticas adequadas. A coordenação permite abordar melhor as necessidades legais, médicas, mentais e outras necessidades que a vítima tenha, de tal forma que as respostas coordenadas da comunidade têm sido favoravelmente comparadas com as intervenções fragmentadas ^{20,22, 30}.

Os principais objetivos das respostas coordenadas são, assim:

- melhorar a eficiência das respostas às necessidades das vítimas e prevenir o risco de vitimização secundária;
- contextualizar a violação, melhorando assim a resposta e compreensão da comunidade;
- monitorizar e avaliar continuamente a prestação de serviços, por forma a contribuir para a melhoria da intervenção na violência sexual ²².

Uma resposta coordenada da comunidade oferece às vítimas um cuidado mais compreensivo, diminuindo o número de vezes que a vítima tem que contar a história do evento aos profissionais, e minimizando assim o trauma, facilitando ainda o processo criminal do caso através de uma melhor colheita de evidência, documentação e comunicação entre as agências envolvidas ²⁶.

Desta forma, os cuidados coordenados têm benefício para as vítimas porque, em primeiro lugar, refletem uma compreensão da perspetiva dos vários agentes intervenientes no

processo, mitigando as frustrações entre os vários serviços entre si; em segundo, porque a perspectiva das vítimas e as suas necessidades estão refletidas com destaque, e por último, porque permitem uma melhor compreensão do contexto da violência sexual, aumentando o conhecimento do público em geral ²².

Falaremos de seguida de dois exemplos de cuidados coordenados, as *Sexual Assault Response Teams*, e os *Sexual Assault Referral Centres*.

6.2.1. SART (*Sexual Assault Response Teams*) – Estados Unidos da América (EUA)

Os SART foram criados nos Estados Unidos da América nos anos 70 do século passado, em resposta ao movimento feminista que se gerava, com o objetivo de melhorar a resposta às vítimas de violência sexual, oferecendo um cuidado compreensivo e em tempo útil às vítimas, de forma a minimizar o trauma e promovendo a utilização dos serviços comunitários pelas vítimas e ainda uma recolha da evidência forense de alta qualidade ^{21,24,25,31}.

Consistem em equipas multidisciplinares “*on-call*” que compreendem agentes da polícia, advogados, *advocates* (profissionais treinados para dar apoio às vítimas, fornecendo informação, oferecendo apoio emocional e ajudando com o processo burocrático), enfermeiros (SANE- *sexual assault nurse examiner*) e pessoal médico (SAME- *sexual assault medical examiner*), que coordenam a sua resposta às vítimas de violência sexual, tipicamente durante a fase aguda, pós-agressão. Estes cuidados podem incluir tratamento médico, colheita de evidência, investigação inicial após a queixa, intervenção de crise, e referenciação para apoio a longo-prazo³⁰. Os SART estão sediados em serviços de urgência hospitalares, sendo que todos os intermediários se deslocam a este local por forma a assistir a vítima. As vítimas podem mobilizar um SART através da polícia, deslocando-se a um serviço de urgência ou ligando para os serviços de apoio à vítima¹⁷. Estes serviços podem escolher focar os seus tratamentos numa faixa etária particular (crianças, adolescentes, adultos) ou numa população associada a determinada jurisdição²⁴.

Como muitas vítimas nunca chegam a procurar tratamento médico, estes programas também têm parcerias com outros serviços que trabalham com as vítimas, como Programas de Tratamento de Drogas e Álcool, Igrejas, e Programas de Violência Doméstica, que também podem referenciar as vítimas aos SART⁴.

Os processos colaborativos dos SART incluem: a) desenvolvimento e adoção de políticas/protocolos, b) treino multidisciplinar; c) revisão de casos de violência sexual em

contexto multidisciplinar, tendo assim em conta as perspetivas das várias áreas; d) treinos conduzidos por pessoal externo aos SART²⁵.

De acordo com o National Sexual Violence Resource Center, em 2011 existiam cerca de 257 SART nos EUA, mas estima-se que este número seja maior visto que existem muitas comunidades que coordenam os serviços mas não se autointitulam SART³².

Há estudos que sugerem que os SART podem melhorar alguns aspetos do processo legal tais como a participação das vítimas e a qualidade da evidencia forense colhida, bem como outros *outcomes* como as taxas de acusação, e ainda aumentar a referenciação das vítimas aos serviços^{32,33}.

Os SART variam na sua estrutura organizacional, mas a maioria tem um líder formal, que coordena e facilita as reuniões²⁴. No entanto, como compreendem uma equipa multidisciplinar de áreas distintas, está relatado que não é incomum a existência de conflitos e tensões entre os vários elementos da equipa. Estes conflitos prendem-se com dificuldades na compreensão dos papéis uns dos outros, dúvidas na autoridade, diferentes obrigações perante as vítimas, por exemplo em termos de confidencialidade. Todas estas dificuldades podem, no entanto, ser minimizadas através da criação de protocolos e de uma boa definição dos papéis de cada elemento da equipa^{26,30,31}.

6.2.2. SARC (*Sexual Assault Referral Centres*) – Reino Unido, Países Nórdicos, Holanda, Canadá, EUA, Austrália, Malásia

No Reino Unido, os modelos coordenados de apoio às vítimas são conhecidos como “Sexual Assault Referral Centres”. O primeiro Centro surgiu em 1986 em Manchester, no Hospital de St. Mary. Em Março de 2011 já existiam 36 SARC ativos no Reino Unido e 11 em desenvolvimento⁴. São localizações “*one-stop*” que funcionam 24 horas por dia e que permitem coordenar os serviços médicos, legais e de advocacia num só local, oferecendo num mesmo local intervenção de crise, exame forense, tratamento médico imediato, testes de follow-up e aconselhamento a curto-prazo. Estas unidades estão integradas num hospital ou localizam-se nas suas proximidades^{17,34,35}. As vítimas podem-se autorreferenciar ou ser referenciadas pela polícia²¹.

O St Mary’s é o modelo de referência para os SARC no Reino Unido e noutros pontos do globo. Este centro encontra-se incluído num complexo hospitalar mas tem uma entrada privada. Os sistemas de aconselhamento e de autorreferência funcionam durante o horário laboral, mas qualquer pessoa que tenha sido recentemente violada pode aceder aos serviços de emergência. À chegada ao centro o utente é recebido numa primeira sala,

(*initial room*) por um *Crisis Worker* que lhe dá apoio e informação imediatos ao longo de todo o processo. De seguida, o médico forense recebe informação da polícia (caso a referência tenha sido através da polícia) sobre o incidente e prepara a sala de exame, sendo que nenhum exame decorre sem o consentimento da vítima e a todos os utentes é dada a hipótese de terem um exame forense completo e de ter amostras colhidas e armazenadas até decidirem o que fazer com as mesmas (entregar à polícia ou destruir). No fim do exame o utente pode tomar um duche e trocar de roupa. Por fim, a vítima é encaminhada pelo *Crisis Worker* para uma sala-de-estar (*sitiing room*), onde lhe é oferecida uma bebida e um *snack*, sendo-lhe também dadas informações acerca do encaminhamento para outros serviços. Todos os utentes são recontatados pelo *Support Worker* no dia útil seguinte, que se oferece para acompanhar a vítima na altura em que estiver a fazer queixa (se ainda não a tiver feito), e para facilitar o acesso a serviços em St Mary's e noutras organizações. O aconselhamento está disponível e não há limite de número de sessões. Também possui uma linha de apoio telefónica 24h que dá apoio, informação e encaminhamento para outros serviços^{36,37,38}.

Existem outros modelos de SARC no Reino Unido com algumas particularidades, nas quais se destaca o STAR (Surviving Trauma After Rape), em New Yorkshire, que introduz um outro elemento na equipa – o *Case Tracker*, cuja função é seguir o decorrer do processo criminal de qualquer queixa de violação e manter a vítima informada acerca de decisões legais³⁸.

Existem outros SARC noutros países, tais como no Canadá, Austrália, Países Nórdicos, Holanda, Malásia, e ainda noutros países asiáticos e africanos⁴.

Na Holanda, os SARC oferecem ainda às vítimas de violência sexual recente apoio psicológico, aplicando o conceito de “*watchful waiting*”, que é a abordagem recomendada pelo National Institute for Health and Care Excellence (NICE) às vítimas de um evento traumático. Esta abordagem implica que seja feita uma vigilância da vítima na fase aguda, sem que seja aplicado um tratamento ativo, visto que a intensidade das reações psicológicas agudas pode ter uma influência na recuperação posterior da vítima, sendo que níveis mais elevados de *distress* na fase aguda estão associados a piores recuperações. Nestes centros existem ainda, em paralelo, serviços de apoio psicológico para os pais ou responsáveis de vítimas menores de idade³⁹.

As vantagens dos SARC prendem-se, assim em primeiro lugar com a possibilidade das vítimas acederem a todos os cuidados de que necessitam e sem terem necessidade de apresentar queixa à polícia (através da colheita e congelamento de amostras), num único

local, com possibilidade de follow-up⁴⁰; em segundo lugar, está relatado que os SARC aumentam o acesso aos serviços porque oferecem à vítima a possibilidade de auto-referenciação³⁸; por último, permitem obter um cuidado centrado na vítima, garantindo que esta compreenda as suas opções e tenha as suas escolhas facilitadas³⁵.

7. CONCLUSÃO

As vítimas de violência sexual têm múltiplas necessidades distintas, que precisam de ser abordadas por profissionais de diferentes áreas. Se os cuidados prestados às vítimas não forem adequados, estas podem sentir-se revitimizadas e desistir do processo.

Apesar de Portugal ter evoluído muito na última década, com a alteração e a criação de nova legislação referente à violência sexual e através da celebração de protocolos entre várias entidades de apoio à vítima, muito há ainda por fazer no que diz respeito à abordagem da violência sexual, no sentido de corresponder àquelas que são consideradas atualmente como as melhores práticas. Neste sentido, a par da necessidade da educação da comunidade e do treino multidisciplinar dos especialistas, é de extrema importância a criação de centros ou serviços especializados nos hospitais, tais como os que já vêm ser adotados noutros países, como as *Sexual Assault Response Teams* e os *Sexual Assault Referral Centres*, que providenciem às vítimas um cuidado atempado e compreensivo nas mais diversas vertentes das suas necessidades, diminuindo assim a vitimização secundária e oferecendo-lhes a oportunidade de ganhar maior autonomia sobre o processo.

8. AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Dr^a Cátia Viana, por todo o apoio na realização deste trabalho.

Ao Dr. Tiago Costa, pela disponibilidade a ajuda na abordagem inicial a este projeto.

Aos meus pais, que sempre me acompanharam e apoiaram ao longo do meu percurso académico.

Ao Nuno, pela paciência, carinho e dedicação.

À Sílvia, companheira de aventuras ao longo de uma década.

Às minhas colegas: Ana e Sofia, pelas sessões de trabalho e pelas viagens, e Beatriz, pela amizade e companhia.

9. BIBLIOGRAFIA

- ¹ DGS (2014). Violência Interpessoal: Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde [online]. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/violencia-interpessoal-abordagem-diagnostico-e-intervencao-nos-servicos-de-saude.aspx>. Último acesso a 28 de maio de 2017.
- ² World Health Organization (2005). WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women [online]. Disponível em <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/24159358X/en/>. Último acesso a 28 de maio de 2017.
- ³ APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2013). Manual Unisexo para o atendimento às vítimas adultas de violência sexual [online]. Disponível em http://www.apav.pt/publiproj/images/yootheme/PDF/Manual_UNISEXO.pdf. Último acesso a 28 de maio de 2017.
- ⁴ COSAI Project. (2012) Models of Intervention for women who have been sexually assaulted in Europe: a review of the literature [online]. Disponível em http://www.cosai.eu/fileadmin/user_upload/Pdf/COSAI_Literature_review_FINAL.pdf. Último acesso a 10 de maio de 2017.
- ⁵ Chew, K. S., Noor, N. M., & Zaini, I. Z. (2015). Knowledge, attitude and practice among healthcare staffs in the Emergency Department, Hospital Universiti Sains Malaysia towards rape victims in One Stop Crisis Centre (OSCC). *Medical Journal of Malaysia*, 70(3), 162–168. Disponível em <http://www.e-mjm.org/2015/v70n3/rape-victims.pdf>. Último acesso a 17 de maio de 2017.
- ⁶ European Human Agency for Fundamental Rights (2014). Violência contra as mulheres: Um inquérito feito à escala europeia. Disponível em https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-factsheet_pt.pdf. Último acesso a 10 de maio de 2017.
- ⁷ Linden, J. A. (2011). Care of the adult patient after sexual assault. *New England Journal of Medicine*, 365(9), 834–841. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1056/NEJMcp1102869>
- ⁸ Pereda, N., et al. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(4), 328–338. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.02.007>
- ⁹ Cabral, C. (2011). Crimes e agressões sexuais. Contribuição para o estudo da realidade portuguesa na região da Cova da Beira.(Mestre). Universidade da Beira Interior [online]. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.6/917>. Último acesso a 17 de maio de 2017.

-
- ¹⁰ White, C. (2015). Sexual assault and rape. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*, 25(10), 295–301. <https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2015.07.003>
- ¹¹ Reece, H. (2013). Rape myths: Is elite opinion right and popular opinion wrong? *Oxford Journal of Legal Studies*, 33(3), 445–473. <https://doi.org/10.1093/ojls/gqt006>
- ¹² Sistema de Segurança Interna [SSI]. (2016). Relatório Anual de Segurança Interna 2016. [online]. Disponível em [http://www.ansr.pt/InstrumentosDeGestao/Documents/Relat%C3%B3rio%20Anual%20de%20Seguran%C3%A7a%20Interna%20\(RASI\)/RASI%202016.pdf](http://www.ansr.pt/InstrumentosDeGestao/Documents/Relat%C3%B3rio%20Anual%20de%20Seguran%C3%A7a%20Interna%20(RASI)/RASI%202016.pdf). Último acesso a 28 de maio de 2017.
- ¹³ Martins, S. (2013). Vitimização e perpetração sexual em jovens adultos: da caracterização da prevalência às atitudes (Doutora). Universidade do Minho. [online]. Disponível em <http://hdl.handle.net/1822/24405>. Último acesso a 17 de maio de 2017.
- ¹⁴ Martins, V. (2012). Prevalência de abuso sexual de crianças numa amostra portuguesa (Mestre). ISPA - Instituto Universitário [online]. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.12/2316>. Último acesso a 17 de maio de 2017.
- ¹⁵ CP [Código Penal Português]. Atualizado de acordo com a lei Lei n.º 8/2017, de 03/03. Disponível em <http://www.codigopenal.pt/>. Último acesso em 28 de Maio 2017.
- ¹⁶ Procuradoria Geral Distrital do Porto. (n.d.). O que é um crime público?. [online]. Disponível em <http://pgdporto.pt>. Último acesso a 10 de maio de 2017.
- ¹⁷ Brooker, C., & Durmaz, E. (2015). Mental health, sexual violence and the work of Sexual Assault Referral centres (SARCs) in England. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 31, 47–51. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2015.01.006>
- ¹⁸ Walby, S. et al (2013). Overview of the Worldwide Best Practices for Rape Prevention and for Assisting Women Victims of Rape. *Policy Department: Citizen's Rights and Constitutional Affairs*, 53(9), 1689–1699. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- ¹⁹ Campbell, R. et al (2001). Preventing the “second rape”. Rape survivors’ experiences with community providers. *Journal of interpersonal violence* .16(12), 1239–1259. <https://doi.org/0803973233>
- ²⁰ COSAI Project. (2012) Policy Briefing: Comparing Sexual Assault Interventions across Europe [online]. Disponível em http://www.cosai.eu/fileadmin/user_upload/Pdf/COSAI_Policy_brief_FINAL.pdf. Último acesso a 10 de maio de 2017.
- ²¹ Endvawnow.org. (n.d.). One-stop centres (OSC). [online]. Disponível em <http://www.endvawnow.org/en/articles/1564-one-stop-centres-osc.html>. Último acesso a 10 de maio de 2017.
- ²² Campbell, R., & Ahrens, C. E. (1998). Innovative community services for rape victims: An application of multiple case study methodology. *American Journal of Community Psychology*, 26(4), 537–571. <https://doi.org/10.1023/A:1022140921921>

-
- ²³ Greeson, M. R., & Campbell, R. (2013). Sexual assault response teams (SARTs): an empirical review of their effectiveness and challenges to successful implementation. *Trauma, Violence & Abuse, 14*(2), 83–95. <https://doi.org/10.1177/1524838012470035>
- ²⁴ Cole, J. (2011). Victim Confidentiality on Sexual Assault Response Teams (SART). *Journal of Interpersonal Violence, 26*(2), 360–376. <https://doi.org/10.1177/0886260510362895>
- ²⁵ Greeson, M. R., & Campbell, R. (2015). Coordinated Community Efforts to Respond to Sexual Assault. *Journal of Interpersonal Violence, 30*(14), 2470–2487. <https://doi.org/10.1177/0886260514553119>
- ²⁶ Cole, J. (2016). Structural, Organizational, and Interpersonal Factors Influencing Interprofessional Collaboration on Sexual Assault Response Teams. *Journal of Interpersonal Violence, 31*(16), 88626051662880. <https://doi.org/10.1177/0886260516628809>
- ²⁷ Council of Europe (2008). Combating violence against women: minimum standards for support services. [online]. Disponível em [https://www.coe.int/t/dg2/equality/domesticviolencecampaign/Source/EG-VAW-CONF\(2007\)Study%20rev.en.pdf](https://www.coe.int/t/dg2/equality/domesticviolencecampaign/Source/EG-VAW-CONF(2007)Study%20rev.en.pdf). Último acesso a 28 de maio de 2017.
- ²⁸ Council of Europe (2011). Council of Europe Convention on combating violence against women and domestic violence. Istanbul. [online]. Disponível em <https://rm.coe.int/168046031c>. Último acesso a 28 de maio de 2017.
- ²⁹ Público. (2016). Lisboa vai ter um centro de crise para apoiar vítimas de violência sexual. Disponível em <https://www.publico.pt/2016/11/25/sociedade/noticia/lisboa-vai-ter-um-centro-de-crise-para-apoiar-vitimas-de-violencia-sexual-1752677>. Último acesso a 10 de maio de 2017.
- ³⁰ Moylan, C. A., et al (2017). Contested Discourses in Multidisciplinary Sexual Assault Response Teams (SARTs). *Journal of Interpersonal Violence, 32*(1), 3–22. <https://doi.org/10.1177/0886260515585530>
- ³¹ Office of Justice Programs. (2017). SART Toolkit -- Learn About SARTs. [online] Disponível em <https://ovc.ncjrs.gov/sartkit/about.html>. Último acesso a 10 de maio de 2017.
- ³² Moylan, C. A., et al (2015). Sexual Assault Response Teams: Mapping a Research Agenda that Incorporates an Organizational Perspective. *Violence Against Women, 21*(4), 516–534. <https://doi.org/10.1177/1077801215569607>
- ³³ Greeson, M. R., & Campbell, R. (2013). Sexual assault response teams (SARTs): an empirical review of their effectiveness and challenges to successful implementation. *Trauma, Violence & Abuse, 14*(2), 83–95. <https://doi.org/10.1177/1524838012470035>
- ³⁴ Robinson, A., & Hudson, K. (2016). Different yet complementary: Two approaches to supporting victims of sexual violence in the UK. *Criminology & Criminal Justice, 11*(115), 515–533. <https://doi.org/10.1177/1748895811419972>
- ³⁵ Department of Health (2005) National Service Guidelines for Developing Sexual Assault Referral Centres (SARCs). [online]. Disponível em <https://www.gov.uk/government/publications/national-service-guidelines-for-developing-sexual-assault-referral-centres-sarcs>. Último acesso a 10 de maio de 2017.

³⁶ St Mary's Centre. (n.d.). Visiting the St Mary's Centre. [online]. Disponível em <http://www.stmaryscentre.org/about-us/visiting-st-marys->. Último acesso a 5 de julho de 2017.

³⁷ Walby S et al. Stopping Rape: Towards a comprehensive policy. Policy Press, 2015.

³⁸ Home Office Research (2004). Sexual Assault Referral Centres: Developing Good Practice and Maximizing Potentials. [online]. Disponível em <http://library.college.police.uk/docs/hors/hors285.pdf>. Último acesso a 28 de maio de 2017.

³⁹ Bicanic, I., et al. (2014). Victims' use of professional services in a Dutch sexual assault centre. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(SUPPL), 1–7.
<https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.23645>

⁴⁰ Pillai, M., & Paul, S. (2006). Facilities for complainants of sexual assault throughout the United Kingdom. *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 13(4), 164–171.
<https://doi.org/10.1016/j.jcfm.2006.02.010>